

DAMPAK DESENTRALISASI FISKAL TERHADAP OUTCOMES BIDANG KESEHATAN: Studi Empiris di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat

Afridian Wirahadi Ahmad

Jurusan Akuntansi Politeknik Negeri Padang

Abstract

The purpose of this study is to analyze empirically the impact of fiscal decentralization on the performance of local government in the health field. Indicators used in assessing the performance of local governments in the health sector in this research is the realization of budget funds in the areas of health, infant mortality and life expectancy. Researchers used the local government district in West Sumatra province as the sample in this study.

Sampling technique using purposive sampling of the categories of local government that can be a sample that has data from 1997 to 2007. Data is secondary in analyzing the performance of local government health-related fields of fiscal decentralization. Hypothesis testing using SPSS program.

The results showed that the share of health spending in APBD realization district / city after the implementation of decentralization of fiscal year 2001 increased compared to prior fiscal decentralization is applied. GDP is a negative statistical significant effect on infant mortality. While the variable portion of health spending, the number of medical personnel are not statistically significant impact on infant mortality. While the testing of hypotheses in analyzing the variables that affect life expectancy, only the GDP variable is significant statistical positive influence. While the variable portion of health spending, the number of medical personnel and the number of available beds in the hospital was not statistically significant effect on life expectancy. The results of this study provide an important contribution to the region in improving performance in the field of health by considering the factors that influence it. Empirical research in this field has not been done in Indonesia, so that subsequent researchers can use other indicators to evaluate government performance in the health field related to fiscal decentralization.

Keywords: *fiscal decentralization, infant mortality, life expectancy, health sector*

Pendahuluan

Desentralisasi di Indonesia ditandai dengan adanya perubahan pola hubungan yang terjadi antara pemerintah pusat dan daerah setelah diberlakukannya Undang-undang (UU) nomor 22 tahun 1999 dan UU no.25 tahun 1999 yang kemudian UU tersebut disempurnakan menjadi UU nomor 32 tahun 2004 dan UU nomor 33 tahun 2004. Pada prinsipnya desentralisasi bertujuan pada efisiensi sektor publik dalam produksi dan distribusi pelayanan, meningkatkan kualitas pembuatan keputusan dengan menggunakan informasi lokal, meningkatkan akuntabilitas dan meningkatkan kemampuan respon terhadap kebutuhan dan kondisi lokal (Giannoni, 2002). Hal inilah yang mendorong desentralisasi diserahkan dan dilaksanakan pemerintahan daerah yakni kabupaten/kota. Selain itu menurut Silverman (1990) dalam laporan World Bank di Uganda (2005) menyatakan bahwa pemerintah lokal lebih responsif terhadap warga negaranya dibanding pemerintah pusat sehingga keputusan yang diambil lebih merefleksikan kebutuhan dan keinginan rakyat. Desentralisasi akan membawa pemerintah lebih dekat dengan rakyat dan mendorong mereka untuk lebih terlibat (Mills, 1994).

Saat ini, isu pokok bukan lagi pada bagaimana menciptakan sistem transfer sehingga sumber dana untuk daerah (terutama daerah miskin) berjumlah relatif cukup memadai dan antara daerah satu dengan lainnya dibuat tidak terlalu timpang. Isu pokok sekarang adalah bagaimana mengarahkan daerah, terutama daerah-daerah yang tidak kaya untuk bisa menggunakan APBDnya secermat mungkin dan berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat (Hirawan, 2007). Upaya-upaya yang dilakukan pemerintah daerah untuk meningkatkan penerimaan daerah selama ini kurang diikuti upaya untuk meningkatkan pelayanan publik (Halim dkk [2004] dalam Agustino [2005]).

Saat ini belum banyak penelitian empiris dilakukan di Indonesia khususnya di Sumatera Barat terkait dengan desentralisasi fiskal terhadap *outcome* bidang kesehatan, sehingga penulis tertarik untuk menguji dan memberikan kontribusi pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcome* kinerja pemerintah daerah bidang kesehatan. Hal lainnya yang membuat penulis tertarik untuk meneliti secara empiris dibidang kesehatan adalah banyaknya media

massa yang memberitakan munculnya (kembali) kasus penyakit polio, dan gizi buruk setelah desentralisasi diterapkan di Indonesia.

Telaah Literatur dan Pengembangan Hipotesis

Desentralisasi

Menurut Rondinelli (1981) dalam Mills (1994), desentralisasi dapat didefinisikan sebagai transfer wewenang atau kekuasaan dalam perencanaan publik, manajemen, dan pembuatan keputusan dari level nasional ke level sub nasional atau secara umum dari level yang tinggi ke level yang lebih rendah dalam pemerintahan. Desentralisasi juga meliputi perubahan hubungan kekuasaan dan distribusi tindakan diantara level pemerintahan (Mills 1994).

Desentralisasi Fiskal

Syahrudin (2006) mendefinisikan desentralisasi fiskal sebagai kewenangan (*authority*) dan tanggungjawab (*responsibility*) dalam penyusunan, pelaksanaan, dan pengawasan anggaran daerah (APBD) oleh pemerintah daerah. Desentralisasi fiskal adalah pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal (Ferdiana, dkk, 2008). Desentralisasi fiskal merupakan salah satu komponen utama dari desentralisasi. Apabila pemerintah daerah melaksanakan fungsinya secara efektif dan diberikan kebebasan dalam pengambilan keputusan penyediaan pelayanan di sektor publik, maka mereka harus didukung sumber-sumber keuangan yang memadai yang berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) termasuk *surcharge of taxes*, bagi hasil pajak dan bukan pajak, pinjaman, maupun subsidi/bantuan dari pemerintah pusat (Sidik, 2002).

Syahrudin (2006) menyatakan terdapat dua fungsi pemerintah yakni fungsi ekonomi dan fungsi non ekonomi. Fungsi ekonomi menurut Musgrave (1973) dalam Syahrudin (2006) disebut sebagai fungsi anggaran (*fiscal function*) yang terdiri dari fungsi alokasi, fungsi distribusi dan fungsi stabilisasi. Fungsi distribusi dalam kebijakan fiskal bertujuan untuk mengurangi perbedaan-perbedaan pendapatan antar individu dalam masyarakat. Fungsi stabilisasi dalam fungsi fiskal bertujuan untuk menciptakan kestabilan ekonomi.

Pengukuran Kinerja, Outcome dan Indikator Dalam Bidang Kesehatan

Mardiasmo (2002) menyatakan bahwa pengukuran kinerja sektor publik dilakukan untuk memenuhi tiga maksud. *Pertama*, pengukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk membantu memperbaiki kinerja pemerintah. Ukuran kinerja dimaksudkan untuk dapat membantu pemerintah berfokus pada tujuan dan sasaran program unit kerja. Hal ini pada akhirnya akan meningkatkan efisiensi dan efektifitas organisasi sektor publik. *Kedua*, ukuran kinerja sektor publik digunakan untuk pengalokasian sumber daya dan pembuatan keputusan. *Ketiga*, ukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan. Kinerja adalah gambaran pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan / program / kebijaksanaan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi (Bastian, 2006).

Indikator digunakan sebagai proxy terhadap *outcome* kinerja. Indikator bermanfaat dalam menilai atau mengukur kinerja instansi. Bastian (2008) mendefinisikan indikator kinerja adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan, dengan memperhitungkan indikator masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*outcomes*), manfaat (*benefit*) dan dampak (*impact*). Tujuan yang paling mendasar adalah keinginan atas akuntabilitas pemerintah daerah terhadap pemerintah pusat atau masyarakat.

Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan untuk dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidaklah selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi sering sekali memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan.

Di dalam rencana strategis Departemen Kesehatan 2005-2009 terkait dengan visi Menuju Indonesia Sehat 2010, membagi 3 jenis pengklasifikasian indikator dalam menilai kinerja yakni:

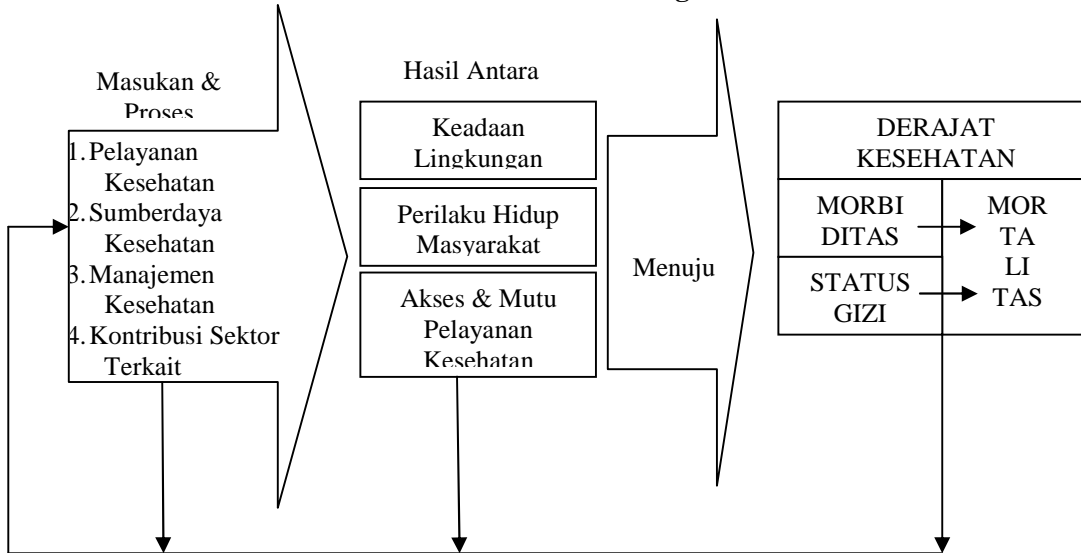
1. Indikator Hasil Akhir (*Long-Term Outcomes*) yaitu derajat kesehatan. Indikator ini terdiri dari indikator-indikator mortalitas (kematian), yang dipengaruhi oleh indikator-indikator morbiditas (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi.
2. Indikator Hasil Antara (*Intermediate Outcomes*). Indikator ini terdiri atas indikator-indikator ketiga pilar yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.

- Indikator Proses dan Masukan (*Initial Outcomes*). Indikator ini terdiri atas indikator-indikator pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumber daya kesehatan, indikator-indikator manajemen, kesehatan, dan indikator-indikator kontribusi sektor terkait.

Apabila pengelompokan indikator ini diskemakan agar terlihat hubungan antara satu kelompok indikator dengan kelompok indikator yang lain, maka akan tampak sebagaimana gambar 2.1 sebagai berikut.

Gambar 2.1

Skema Hubungan Indikator Masukan dan proses dengan Indikator Hasil Antara dan Indikator Hasil bidang kesehatan



Hipotesa dan Model Pengembangan

Desentralisasi fiskal dan Indikator Masukan dan Proses (*Initial Outcomes*) Bidang Kesehatan

Uchimura (2005) menemukan bukti empiris bahwa jika desentralisasi lebih besar dilakukan kabupaten atau kota akan memiliki angka kematian bayi yang lebih rendah dibanding dengan wewenang (desentralisasi) tersebut berada dibawah pemerintahan provinsi. Penelitian ini juga menyatakan bahwa pemerintahan daerah yang memiliki pendapatan terbatas akan memiliki ketergantungan yang tinggi terhadap transfer pemerintah di level atasnya dalam menentukan belanja kesehatan.

Sebelum desentralisasi, alokasi anggaran kesehatan di Indonesia dilakukan oleh pemerintah pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi. Ketika terjadi desentralisasi mengenai sektor kesehatan, secara implisit anggaran kesehatan dimasukkan kedalam alokasi anggaran pembangunan melalui Dana Alokasi Umum (DAU) yang berbasis pada formula yang ditetapkan yakni berbasis pada potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal suatu daerah (Trisnantoro, dkk, 2008). Akibatnya yang terjadi adalah secara praktis sektor kesehatan harus bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkan anggaran. Salah satu kebijakan desentralisasi fiskal adalah daerah diberi wewenang menentukan anggaran belanja untuk daerah mereka masing-masing, sehingga fungsi pemerintah daerah di sektor kesehatan, yaitu harus merencanakan dan menganggarkan program kesehatan dan bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkannya.

Salah satu risiko dari pelaksanaan otonomi daerah, khususnya dari sudut pandang pembiayaan kesehatan terletak pada kemungkinan bahwa pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan. Salah satu kebijakan tentang pembiayaan kesehatan di daerah yang pernah disepakati oleh para bupati dan walikota dalam era desentralisasi adalah alokasi dana APBD sebesar 15% (Depkes RI, 2005). Namun, dalam kenyataannya kesepakatan ini baru merupakan suatu wacana karena realisasinya persentase anggaran di banyak daerah di Indonesia tidak banyak bergeser dari kondisi sebelum desentralisasi yaitu sebesar 2,5% sampai maksimal 7%. Pemerintah daerah lebih berorientasi pada pembangunan fisik, sedangkan anggaran kesehatan sebagai program non fisik tidak menarik perhatian pemerintah lokal (Hendrarti, dkk, 2008).

Salah satu argumen dalam pelaksanaan otonomi dan desentralisasi daerah bahwa pemerintah daerah harus mampu menyediakan pelayanan publik sesuai dengan kebutuhan masyarakat daerah. Agar tidak terjadi ketimpangan dalam

pelayanan, Departemen Kesehatan menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yakni adanya Kepmenkes NO: 1091/Menkes/SK/X/2004. Standar minimal ini penting agar pemerintah daerah daerah dapat menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan pelayanan publik kesehatan.

Terkait dengan penelitian dan penjelasan terkait, maka penulis mengajukan hipotesa yakni:

H1: Porsi anggaran belanja sektor kesehatan pada pemerintah daerah meningkat setelah penerapan desentralisasi fiskal di Indonesia.

Hipotesa 1 (H1) diajukan untuk menguji indikator proses dan masukan sebagai *initial outcomes*.

Desentralisasi fiskal dan Indikator Derajat Kesehatan (*Long-Term Outcomes*) Bidang Kesehatan

Robst (2001) meneliti mengenai hubungan antara sumber daya tenaga kesehatan dalam hal ini dokter dan kematian yang menyatakan bahwa daerah yang memiliki *supply* dokter lebih banyak pada masa lalu dan hingga saat ini memiliki angka kematian yang rendah dibanding dengan daerah yang jumlah ketersediaan dokternya sedikit yang berdampak memiliki angka kematian yang lebih tinggi. Penelitian Robst (2001) ini memperlihatkan bahwa angka kematian remaja dipengaruhi oleh ketersediaan dokter sejak masa kanak-kanak. Sehingga disarankan perlunya ketersediaan dokter dan pelayanan kesehatan sepanjang waktu, tidak hanya pada masa remaja atau dewasa saja tapi sejak masa kanak-kanak.

Robalino (2001) dalam mengkaji mengenai desentralisasi fiskal terhadap *outcome* bidang kesehatan, menyatakan bahwa desentralisasi fiskal secara konsisten berhubungan dengan lebih rendahnya angka kematian bayi. Penelitian yang dilakukan diberbagai negara ini, menemukan bukti empiris bahwa daerah yang memiliki kecenderungan lebih besar mengatur belanja kesehatannya cenderung untuk memiliki angka kematian yang rendah. Daerah yang memiliki lingkungan institusi yang hak politik masyarakat kuat juga berpengaruh positif terhadap angka kematian bayi.

Penelitian yang dilakukan Asfaw et al (2005) memberikan bukti empiris bahwa desentralisasi fiskal memainkan peran yang signifikan secara statistik dalam mengurangi angka kematian bayi di pedesaan negara India.

Penelitian terbaru dilakukan oleh Canterero et al (2008) di Spanyol dengan menginvestigasi secara empiris dengan hasil bahwa pendapatan per kapita, desentralisasi dan sumber daya kesehatan memiliki pengaruh penting terhadap kematian bayi dan usia harapan hidup. Angka kematian bayi dan usia harapan hidup berhubungan dengan pendapatan per kapita, desentralisasi pelayanan kesehatan, dan jumlah dokter umum.

Terkait dengan penelitian-penelitian terdahulu, penulis ingin mengajukan hipotesa yakni :

H2 : Desentralisasi fiskal berhubungan dengan Angka Kematian Bayi

H2a : Desentralisasi fiskal bidang kesehatan berhubungan negatif dengan angka kematian bayi

H2b : Pendapatan Domestik Regional Daerah (PDRB) perkapita berhubungan negatif dengan angka kematian bayi

H2c: Jumlah tenaga medis berhubungan negatif dengan angka kematian bayi.

Keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan sosial ekonomi pada umumnya dapat dilihat dari peningkatan usia harapan hidup penduduk dari suatu negara. Meningkatnya perawatan kesehatan melalui Puskesmas, meningkatnya daya beli masyarakat akan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, mampu memenuhi kebutuhan gizi dan kalori, mampu mempunyai pendidikan yang lebih baik sehingga memperoleh pekerjaan dengan penghasilan yang memadai, yang pada gilirannya akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan memperpanjang usia harapan hidupnya.

Kegunaan angka usia harapan hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Angka usia harapan

hidup pada suatu umur x adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur x , pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya.

Terkait dengan penelitian-penelitian terdahulu, penulis ingin mengajukan hipotesa yakni :

H3 : Desentralisasi fiskal berhubungan dengan Usia Harapan Hidup

- H3a : Desentralisasi fiskal bidang kesehatan berhubungan positif dengan usia harapan hidup
- H3b : Pendapatan Domestik Regional Daerah (PDRB) perkapita berhubungan positif dengan usia harapan hidup
- H3c : Jumlah tenaga medis berhubungan positif dengan usia harapan hidup.
- H3d : Jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit berhubungan positif dengan usia harapan hidup.

Untuk Hipotesa 2, penulis menggunakan model yang dibangun oleh Canterero et al (2008). Model ini hampir sama dengan model yang dibangun dalam penelitian Robalino et al (2001) dan Asfaw (2005).

$$AKB_{rt} = \alpha + \beta_1 DFK_{rt} + \beta_2 PDRB_{rt} + \beta_3 MDS_{rt} + e_{rt}$$

Penjelasan :

- AKB_{rt} : melambangkan indikator kesehatan yakni angka kematian bayi
- DFK_{rt} : Melambangkan indikator desentralisasi fiskal bidang kesehatan yakni realisasi belanja pemda dibidang kesehatan di APBD
- $PDRB_{rt}$: Melambangkan pendapatan domestik regional bruto (PDRB) per kapita berdasarkan harga yang berlaku
- MDS_{rt} : Jumlah tenaga medis yakni dokter, bidan dan perawat
- e_{rt} : Error
- r : Melambangkan kabupaten/kota di provinsi Sumatera Barat
- t : Melambangkan waktu dari tahun 2001 – 2007

Untuk hipotesa 3, penulis menggunakan model yang dibangun oleh Canterero et al (2008).

$$UHH_{rt} = \alpha + \beta_1 DFK_{rt} + \beta_2 PDRB_{rt} + \beta_3 MDS_{rt} + \beta_4 TT_{rt} + e_{rt}$$

Penjelasan :

- UHH_{rt} : melambangkan indikator kesehatan yakni usia harapan hidup
- DFK_{rt} : Melambangkan indikator desentralisasi fiskal bidang kesehatan yakni realisasi belanja pemda dibidang kesehatan di APBD
- $PDRB_{rt}$: Melambangkan pendapatan domestik regional bruto (PDRB) per kapita berdasarkan harga yang berlaku
- MDS_{rt} : Jumlah tenaga medis yakni dokter, bidan dan perawat
- TT_{rt} : Melambangkan tempat tidur tersedia di rumah sakit

- e_{it} : Error
- R : Melambangkan kabupaten/kota di provinsi Sumatera Barat
- T : Melambangkan waktu dari tahun 2001 – 2007

Metoda Penelitian

Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah 19 pemerintah daerah kabupaten dan kota di Provinsi Sumatera Barat. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah pemerintah daerah tingkat kabupaten dan kota di provinsi Sumatera Barat. Pemilihan sampel akan digunakan metoda *purposive sampling method* yakni teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2008). Sampel yang dipilih memiliki kriteria yakni tersedianya data dan informasi yang dibutuhkan dari tahun 1997 hingga 2007 yang bertujuan untuk membandingkan belanja bidang kesehatan antara sebelum dan sesudah desentralisasi fiskal. Titik pisah batas antara sebelum dan sesudah desentralisasi fiskal adalah tahun 2001. Hal ini disebabkan implementasi desentralisasi fiskal dilaksanakan secara efektif pada tahun 2001.

Jenis Data dan Instrumen Pengumpulan Data

Data yang diperlukan terkait dengan variabel dependen dan independen dalam penelitian ini adalah data sekunder yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Propinsi Sumatera Barat dan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dan Kabupaten/Kota.

Definisi Operasional Variabel dan Pengukuran Variabel

Desentralisasi fiskal bidang kesehatan sampai saat ini masih sulit ditemukan proksi yang tepat selain dari porsi belanja bidang kesehatan pada total belanja (Canterero, 2008). Berikut definisi operasionalisasi variabel dan pengukurannya.

- a. **Angka Kematian Bayi (AKB)** adalah kematian yang terjadi pada bayi sebelum mencapai usia satu tahun. Formula pengukuran indikatornya adalah :

$$\text{Angka Kematian bayi per } - 1.000 \text{ kelahiran hidup} = \frac{\text{Jumlah bayi yang meninggal disuatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1.000$$

- b. **Usia Harapan Hidup (UHH)** adalah suatu perkiraan rata-rata lamanya hidup per penduduk (dalam tahun) sejak lahir yang akan dicapai oleh penduduk dalam suatu wilayah dan waktu tertentu yang dihitung berdasarkan angka kematian menurut kelompok umur. Formula pengukuran indikatornya adalah:

$$\text{Usia Harapan Hidup} = \frac{\text{Jumlah tahun kehidupan dari kohort}}{\text{Jumlah Kohort}}$$

- c. **PDRB** adalah pendapatan domestik regional bruto (PDRB) per kapita suatu daerah. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) merupakan data statistik yang merangkum perolehan nilai tambah yang tercipta akibat proses produksi baik barang ataupun jasa di suatu wilayah/region pada satu periode tertentu, biasanya setahun atau triwulan tanpa memperhatikan asal/domisili pelaku produksinya. Dalam penelitian ini PDRB yang dipilih adalah PDRB berdasarkan harga yang berlaku, sehingga untuk menghitung PDRB per kapita adalah PDRB berdasarkan harga berlaku suatu kabupaten/kota dibagi dengan total jumlah penduduk dikabupate/kota yang sama.
- d. **DFK** adalah Indikator dibidang desentralisasi fiskal pada belanja pelayanan kesehatan yakni anggaran yang dialokasikan oleh pemerintah melalui APBD untuk biaya penyelenggaraan upaya kesehatan. Adapun formula pengukurannya adalah:

$$\text{Persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten atau kota} = \frac{\text{Jumlah alokasi APBD kabupaten atau kota untuk kesehatan dalam 1 tahun}}{\text{Total Anggaran APBD pada tahun yang sama}} \times 100\%$$

- e. **TT** adalah jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit dalam satu tahun tertentu.
- f. **MDS** adalah jumlah tenaga medis dalam satu tahun tertentu. Tenaga medis terdiri dari dokter, perawat dan bidan disuatu kabupaten/kota.

Metoda Analisis dan Pengujian Hipotesis

a. Pengujian Asumsi Klasik

1. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi memiliki distribusi normal. Uji normalitas dalam penelitian ini dilakukan dengan analisis grafik dan analisis statistik.

2. Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas dalam penelitian ini dilakukan dengan pengujian grafik yaitu dengan melihat grafik plot antara nilai prediksi variabel dependen dengan residualnya dan uji Park untuk memperkuat hasil pengujian grafik plot.

3. Uji Multikolonearitas

Masalah multikolonieritas ditentukan dengan melakukan analisis matrik korelasi variabel-variabel independen dan dengan melihat nilai *variation inflation factor* (VIF) dan *tolerance*.

b. Pengujian Hipotesa

Untuk menguji dan menganalisa hipotesa 1, penulis menggunakan uji t sampel berpasangan (*paired sample t-test*). Untuk menguji dan menganalisa data hipotesa 2 dan 3, penulis menggunakan metoda analisa regresi berganda.

Pembahasan

Sampel dan Unit Analisis

Kota/Kabupaten yang terletak di Propinsi Sumatera Barat berjumlah 19 Kota/Kabupaten. Setelah melakukan pengumpulan data secara intensif, dari 19 Kota/Kabupaten tersebut hanya 14 Kota/Kabupaten yang dapat menjadi sampel dan dijadikan sebagai unit analisis dalam penelitian ini, disebabkan 5 kabupaten kota lainnya merupakan daerah pemekaran sehingga tidak memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan yakni ketersediaan data sejak tahun 1997.

Hasil Pengujian Asumsi Klasik

Hasil pengujian asumsi klasik untuk hipotesa 2 dan hipotesa 3 didapatkan hasil yakni data bersifat normal dan tidak terjadi Multikolonieritas dan Heteroskedastisitas

Analisa Pengujian Hipotesa

a. Hasil Pengujian Hipotesa 1

Untuk hipotesa hipotesa satu, yakni untuk menguji apakah terdapat beda realisasi belanja APBD untuk bidang kesehatan antara sebelum dan sesudah desentralisasi, penulis menggunakan uji t sampel berpasangan (*paired sample t-test*). Dari hasil SPSS versi 16.0 (lampiran 1) didapatkan hasil bahwa nilai t hitung sebesar (-4,003) dengan signifikan 0.002 (two tail). Jadi hasil ini menandakan hipotesa satu secara statistis dapat diterima yakni terdapat beda realisasi alokasi belanja bidang kesehatan antara sebelum dan sesudah desentralisasi fiskal kabupaten/kota di Sumatera Barat.

Hasil ini menandakan adanya itikad baik dan besar dari pemerintah kabupaten/kota untuk terus meningkatkan alokasi belanja pembangunan bidang kesehatan didaerah mereka masing-masing setelah sektor kesehatan diserahkan pengelolaannya kepada pemerintah daerah tingkat II yakni kota dan kabupaten dibanding sebelum adanya desentralisasi bidang kesehatan dan desentralisasi fiskal. Dengan adanya desentralisasi fiskal daerah memiliki wewenang dalam menentukan jumlah dana yang dialokasi terhadap bidang kesehatan di APBD.

b. Hasil Pengujian Hipotesa 2

Hipotesa 2 yang diajukan dalam penelitian ini adalah apakah desentralisasi fiskal bidang kesehatan (belanja APBD bidang kesehatan), PDRB dan jumlah tenaga medis berpengaruh secara negatif terhadap angka kematian bayi.

Pengujian dilakukan dengan menggunakan SPSS versi 16.0 dengan metode regresi linear berganda (lampiran 2). Dari hasil pengolahan SPSS didapatkan besarnya adjusted R^2 adalah 0,330. Hal ini berarti 33% variasi angka kematian bayi dapat dijelaskan dari ketiga variabel independen yakni PDRB, jumlah tenaga medis dan APBD bidang kesehatan. Sedangkan sisanya sebesar 67% dijelaskan oleh sebab-sebab yang lain diluar model. Dari uji ANOVA atau F test didapatkan nilai F hitung sebesar 16.909 dengan probabilitas 0.000. karena probabilitas jauh lebih kecil dari 0.05, maka model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi angka kematian bayi atau dapat dikatakan bahwa belanja APBD bidang kesehatan, PDRB dan tenaga medis secara bersama-sama berpengaruh terhadap angka kematian bayi.

Hasil pengolahan SPSS dengan model regresi dengan α sebesar 5% ini menghasilkan hasil yang mengejutkan bahwa variabel realisasi belanja pembanguna APBD kabupaten/kota bidang kesehatan dan jumlah tenaga medis secara statistik tidak signifikan. Hal ini dapat dilihat dari probabilitas signifikansi untuk realisasi belanja pembangunan APBD bidang kesehatan sebesar -0,053 dan jumlah tenaga medis sebesar 0,919 dan keduanya diatas 0,05. Sedangkan untuk variabel PDRB memiliki probabilitas yang signifikan yakni sebesar .000 dan lebih kecil dari 0,05 dan memiliki nilai β sebesar -2.469. Dari sini dapat disimpulkan bahwa hanya variabel angka kematian bayi dipengaruhi oleh PDRB.

Hasil yang diperoleh dari hipotesa 2 ini tidak sepenuhnya sama dengan hasil yang diperoleh dalam penelitian sebelumnya. Penelitian Robalino (2001), Asfaw et al (2005) dan Canterero (2005 dan 2008) menyatakan hasil bahwa meningkatnya desentralisasi fiskal secara konsisten menurunkan angka kematian bayi. Namun dalam penelitian itu juga menyatakan bahwa faktor pendapatan per kapita dalam hal ini PDRB per kapita juga berpengaruh negatif terhadap angka kematian bayi.

Secara umum angka kematian bayi ini banyak faktor lainnya yang menentukan selain variabel diatas, seperti tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dan tenaga medis yang terampil serta kesediaan masyarakat untuk menguba kehidupan tradisional ke norma kehidupan modern dalam bidang kesehatan. Pada tabel 4.3 diringkaskan hasil pengujian hipotesa 2 sebagai berikut.

Tabel 4.3
Ringkasan Hasil Pengujian Hipotesa 2

No	Hipotesa	Hasil Pengujian Hipotesa
H2a	Desentralisasi fiskal bidang kesehatan berhubungan negatif dengan angka kematian bayi	Tidak Signifikan
H2b	Pendapatan Domestik Regional Daerah (PDRB) perkapita berhubungan negatif dengan angka kematian bayi	Signifikan
H2c	Jumlah tenaga medis berhubungan negatif dengan angka kematian bayi.	Tidak Signifikan

c. Pengujian Hipotesa 3

Hipotesa 3 yang diajukan dalam penelitian ini adalah apakah desentralisasi fiskal bidang kesehatan (belanja APBD bidang kesehatan), PDRB, jumlah tenaga medis serya jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit berpengaruh secara positif terhadap usia harapan hidup. Pengujian dilakukan dengan menggunakan SPSS versi 16.0 dengan metode regresi linear berganda. Dari hasil pengolahan SPSS 16.0 (lampiran 3) didapatkan besarnya adjusted R^2 adalah 0,434. Hal ini berarti 43,4% variasi usia harapan hidup dapat dijelaskan dari keempat variabel independen yakni PDRB, jumlah tenaga medis, APBD bidang kesehatan dan jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit. Sedangkan sisanya sebesar 56,6% dijelaskan oleh sebab-sebab yang lain diluar model. Dari uji ANOVA atau F test didapatkan nilai F hitung sebesar 19.562 dengan probabilitas 0.000. karena probabilitas jauh lebih kecil dari 0.05, maka model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi usia harapan hidup atau dapat dikatakan bahwa belanja APBD bidang kesehatan, PDRB, tenaga medis dan tempat tidur yang tersedia dirumah sakit secara bersama-sama berpengaruh terhadap usia harapan hidup.

Hasil pengolahan SPSS 16.0 dengan model regresi dengan α sebesar 5% ini menghasilkan hasil yang mengejutkan bahwa variabel realisasi belanja pembangunan APBD bidang kesehatan, tenaga medis dan jumlah tempat tidur

secara statistik tidak signifikan berpengaruh terhadap usia harapan hidup. Hal ini dapat dilihat dari probabilitas signifikansi untuk realisasi belanja pembangunan APBD bidang kesehatan sebesar 0.141, variabel jumlah tenaga medis sebesar 0.374 dan variabel tempat tidur di rumah sakit sebesar 0.859 dan ketiga di atas angka 0,05. Sedangkan untuk variabel PDRB memiliki probabilitas yang signifikan yakni sebesar .000 dan lebih kecil dari 0,05 dan memiliki nilai beta sebesar 6.643. Dari sini dapat disimpulkan bahwa hanya usia harapan hidup dipengaruhi oleh PDRB dan hubungannya positif.

Hasil yang diperoleh dari hipotesa 3 ini tidak sepenuhnya berbeda dengan hasil yang diperoleh dalam penelitian yang dilakukan oleh Canterero (2008) yang melakukan penelitian di negara Spanyol yang menyatakan hasil bahwa desentralisasi fiskal bidang kesehatan, pendapatan perkapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur di rumah sakit berpengaruh positif dengan usia harapan hidup. Hasil yang sama penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah PDRB per kapita berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup. Berikut dalam tabel 4.4 dimuat ringkasan hasil pengujian hipotesa atas pengajuan hipotesa 3 sebagai berikut.

Tabel 4.4
Ringkasan Hasil Hipotesa 3

No	Hipotesa Yang Diajukan	Hasil Pengujian
H3a	Desentralisasi fiskal bidang kesehatan berhubungan positif dengan usia harapan hidup	Tidak Signifikan
H3b	Pendapatan Domestik Regional Daerah (PDRB) perkapita berhubungan positif dengan usia harapan hidup	Signifikan
H3c	Jumlah tenaga medis berhubungan positif dengan usia harapan hidup.	Tidak Signifikan
H3d	Jumlah tempat tidur tersedia di rumah sakit berhubungan positif dengan usia harapan hidup.	Tidak Signifikan

Penutup

Simpulan

Penelitian ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat perbedaan porsi alokasi realisasi belanja pembangunan bidang kesehatan di APBD antara sebelum dan sesudah desentralisasi fiskal, selain itu juga bertujuan untuk menguji pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita dan jumlah tenaga medis terhadap angka kematian dan juga untuk menguji pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit terhadap usia harapan hidup.

Penelitian secara empiris terhadap topik ini belum pernah dilakukan di Indonesia, sehingga memotivasi penulis untuk meneliti hal tersebut. Penelitian secara empiris sebelumnya yang telah pernah dilakukan di luar negeri diantaranya oleh Robalino (2001), Asfaw et al (2005) dan Canterero (2005 dan 2008). Hasil yang mereka peroleh menyatakan bahwa desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita dan jumlah tenaga medis berpengaruh negatif terhadap angka kematian dan desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit berpengaruh positif terhadap usia harapan hidup.

Hasil penelitian ini secara empiris menunjukkan hasil bahwa terdapat beda porsi realisasi belanja pembangunan bidang kesehatan di APBD kota/kabupaten di Sumatera Barat antara sebelum dan sesudah desentralisasi fiskal. Terdapat peningkatan porsi belanja pembangunan dalam realisasi APBD Kabupaten/Kota di Sumatera Barat setelah diterapkannya desentralisasi fiskal dan desentralisasi bidang kesehatan pada tahun 2001.

Hasil regresi terhadap hipotesa 2 yakni terkait dengan pengujian pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita dan jumlah tenaga medis terhadap angka kematian menunjukkan hasil bahwa hanya variabel PDRB yang secara statistik berpengaruh negatif secara signifikan terhadap angka kematian bayi. Sedangkan variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan dan jumlah tenaga medis secara statistik tidak berpengaruh signifikan terhadap angka kematian bayi.

Hasil regresi terhadap hipotesa 3 yakni untuk menguji pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit terhadap usia harapan hidup menunjukkan hasil bahwa hanya variabel PDRB yang secara statistis berpengaruh positif secara signifikan terhadap usia harapan hidup. Sedangkan variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia dirumah sakit secara statistis tidak berpengaruh signifikan terhadap usia harapan hidup.

Keterbatasan dan Saran

Disamping penemuan diatas, penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain:

1. Realisasi belanja APBD yang digunakan dalam penelitian ini hanya menggunakan realisasi belanja pembangunan saja untuk bidang kesehatan yang dialokasikan pemerintah kota dan kabupaten dan tidak memasukkan anggaran rutin. Penulis mengalami tidak berhasil dalam mengumpulkan data total realisasi belanja bidang kesehatan.
2. Penelitian ini merupakan penelitian yang secara empiris masih sangat baru dan belum pernah dilakukan penelitian secara empiris sebelumnya di Indonesia, sehingga peneliti masih terbatas mengambil populasinya yakni hanya satu propinsi di Indonesia yaitu Sumatera Barat.
3. Variabel dalam penelitian ini masih sangat terbatas yakni merupakan variabel yang telah diuji melalui penelitian dinegara diluar Indonesia seperti Spanyol, India dan China, sehingga perlu dikembangkan dalam penelitian lanjutan.
4. Indikator yang menjadi variabel digunakan dalam penelitian ini hanya menggunakan 5 (lima) dari 50 (lima puluh) indikator dibidang kesehatan yang ada.

Mempertimbangkan keterbatasan-keterbatasan yang ada, disarankan penelitian selanjutnya dapat memperbaiki hal-hal sebagai berikut:

1. Memasukkan semua realisasi APBD bidang kesehatan baik bersifat belanja langsung maupun tidak langsung dan belanja rutin maupun belanja pembangunan.
2. Memperbesar populasi dan sampel yakni semua propinsi di Indonesia untuk melihat dampak kebijakan desentralisasi bidang keuangan dan kesehatan secara nasional.
3. Menggali dan mengembangkan variabel yang terkait dengan budaya perilaku msyarakat di Indonesia misalnya tingkat pendidikan dan lainnya.
4. Menambahkan variabel lainnya sebagai indikator kinerja misalnya perilaku masyarakat yang diukur dengan jumlah rumah sehat dan lainnya.

Referensi

- Agustino, Erlangga Landiyanto. 2005. Kinerja Keuangan dan Strategi Pembangunan Kota di Era Otonomi Daerah: Studi Kota Surabaya. Cures Working Paper.
- Asfaw, Abay, Klaus Frohberg, K.S. James dan Johannes Jutting. 2005. Fiscal Decentralization and Infant Mortality: Empirical Evidence From Rural India.
- Bastian, Indra. 2008. Akuntansi Kesehatan. Penerbit Erlangga. Jakarta.
- Canterero, D dan Marta Pascual. 2008. Analysing The Impact of Fiscal Decentralization on Health *Outcomes*: Empirical Evidence From Spain.
- Canterero, D. 2005. Decentralization and Health Care Expenditure: The Spanish Case. *Applied Economics Letters*, 12.
- Ferdiana, Astri dan Laksono Trisnantoro. 2008. Desentralisasi Kesehatan: Definisi dan Tinjauan Sejarah di Indonesia.
- Ghozali, Imam. 2007. Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program SPSS. Cetakan IV. Badan Penernit Universitas Diponegoro. Semarang.
- Giannoni, M dan Hitiris, T. 2002. The Regional Impact of Health Care Expenditure: The Case of Italy. *Applied Economics Letters*, 14.

- Halim, Abdul dan Ibnu Mujid. 2009. Problem Desentralisasi dan Perimbangan Keuangan Pemerintahan Pusat-Daerah, Peluang dan Tantangan dalam Pengelolaan Sumber Daya Daerah. Sekolah Pasca Sarjana UGM. Yogyakarta.
- Hendrartini, Julita dan Ali Gufron Mukti. 2008. Perubahan Dalam Pembiayaan: Desentralisasi, Pola Tarif dan Jaminan Kesehatan Sosial.
- Mardiasmo. 2002. Akuntansi Sektor Publik. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Mills, A. 1994. Decentralization and Accountability in The Health Sector From an International Perspective: What Are The Choices?. Public Administration and Development, Vol. 14.
- Robalino, D.A, O.F. Picazo dan A. Voetberg. 2001. Does Fiscal Decentralization Improve *Healthoutcome?*: Evidence From A Cross-Country Analysis. World Bank Country Economics Departement Series 2565.
- Robst, J. 2001. A Note on The Relationship Between Medical Care Resources and Mortality. Applied Economics Letters, 8.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang indikator Indonesia sehat 2010 dan pedoman penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten sehat.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 331/Menkes/SK/V/2006 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009.
- Syahrudin. 2006. Desentralisasi Fiskal: Perlu Penyempurnaan Kebijakan dan Implementasi Yang Konsisten.
- Trisnantoro, Laksono. 2008. Reposisi Dinas Kesehatan Akibat Kebijakan Desentralisasi dan Sistem Kesehatan Wilayah.
- Uchimura, Hiroko dan Johannes Jutting. 2002. Fiscal Decentralization Chinese: Good For Health *Outcome?*.
- World, Bank. 2007. Indonesia Public Expenditure Review.